DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA REHABILITACIÓN VOCACIONAL

APPLICATION FOR
VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	2. NOMBRE DEL SOLICITANTE	INICIAL SEG. NOMBRE	APELLIDO

3. SEXO	4. FECHA DE NACIMIENTO	5. CONDADO
☐ Masculino ☐ Femenino		

6. CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

7. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

☐ Fax ☐ TTY

8. ACTUALMENTE RECIBO:

☐ SSDI ☐ SSI - Incapacitado

Por la presente solicito a la División de Rehabilitación Vocacional (DVR) servicios que me permitan lograr conseguir empleo.

Entiendo que de acuerdo con la Sección IV de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y las leyes del Estado de Washington contra la discriminación, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington prohíbe la discriminación de una persona en todos sus programas y servicios con base en la raza, color, credo, religión, orientación sexual, estado de veterano incapacitado, estado de veterano de la era de Vietnam, nacionalidad de origen, sexo, incapacidad o edad.

También entiendo que de acuerdo con WAC 388-890-1180, si en algún momento estoy en disconformidad con cualquier decisión tomada por DVR, tengo el derecho de ponerme en contacto con el Programa de Asistencia al Cliente, de gestionar mediación y solicitar una audiencia formal.

Sírvase marcar apropiadamente las siguientes casillas:

☐ **Se me han descrito los procedimientos de queja por discriminación y los servicios del Programa de Asistencia al Cliente (CAP).**

☐ **Entiendo que un consejero de DVR determinará si soy o no elegible para los Servicios de Rehabilitación Vocacional. Puede requerirse una evaluación para determinar la elegibilidad y estoy a disposición para participar de dicha evaluación.**

☐ **Se me ofreció la oportunidad de registrarme para votar.**

☐ **Autorizo a DVR para que comparta la información requerida con el sistema de registro de clientes de DSHS. Esta información será de ayuda para su consejero a fin de coordinar servicios con otras divisiones de DSHS. Esta información contempla: nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, sexo, antecedentes étnicos, agencia /establecimiento actual de tratamiento.**

FIRMA DEL SOLICITANTE/PADRE/TUTOR	FECHA DE LA SOLICITUD

TO BE COMPLETED BY DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) STAFF ONLY

DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT